KV RLP | HV Mainz | Postfach 2567 | 55015 Mainz
Abteilung Qualitätssicherung

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/959760

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Fortführungsantrag für den Patienten

Ambulante Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung, Anlage 1

Arztname (ausführender Arzt)

Pseudonym **Geburtsjahr** **Geschlecht** ☐ female ☐ male

Krankenkasse (vollständige Adresse an die das Pseudonym versendet wurde ist anzugeben)

Versichertennummer des Patienten

Kostenübernahme der Krankenkasse liegt vor bis

Indikation:

☐ **Familiäre Hypercholesterinämie** in homozygoter Ausprägung (FHC)

☐ **Schwere Hypercholesterinämie** (Medikamentöse Therapie ausgeschöpft)

☐ **Isolierte Lp(a) Erhöhung über 60 mg/dl**

Apherese Ausführung

Beginn: ..... Verfahren: .....

Intervall: wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ sonstige Intervalle: .....

Plasmaumsatz: .....

Unterbrechungen: keine ☐

von ..... bis ..... Grund: .....
von ..... bis ..... Grund: .....
von ..... bis ..... Grund: .....

Körpergröße: ..... **cm** **Gewicht aktuell:** ..... **kg** **BMI:** .....

Raucher: ☐ nein ☐ ja, ... Zigaretten pack/years

Ex-Raucher seit: .....

Bluthochdruck? ☐ ja ☐ nein

Bekannt seit: .....

24 Stunden-RR-Messung / Quartal

Systolischer Mittelwert ..... Tag ..... Nacht

Diastolischer Mittelwert ..... Tag ..... Nacht

oder

gemittelte Selbstmesswerte morgens systolisch..... diastolisch.....

gemittelte Selbstmesswerte abends systolisch..... diastolisch.....

Vaskuläre Komplikation seit letztem Antrag:

Angina pectoris	nie	☐	selten	☐	häufig	☐	
arbeitsfähig	ja	☐	teilweise	☐	nein	☐	
alltagstauglich	ja	☐	teils	☐	nein	☐	
Symptomatik	besser	☐	gleich	☐	schlechter	☐	
Nitroverbrauch	nein	☐	täglich	☐	wöchentlich	☐	monatlich ☐

Diabetes mellitus ☐ ja ☐ nein

bekannt seit: .....

HbA1c: ..... Normbereich .....

EBT ☐ OAD ☐ insulinpflichtig ☐

-Schilddrüsenfunktionsstörung:

☐ ja ☐ nein TSH-Wert ..... IU/ml Normbereich ..... Datum .....

-Niereninsuffizienz:

☐ ja ☐ nein Kreatininwert ..... mg/dl Normbereich ..... Datum .....

-Proteinurie:

☐ ja ☐ nein Wert ..... mg/Tag Normbereich ..... Datum .....

Begleiterkrankungen: ☐ falls ja, Befundberichte beifügen ☐ nein

Aktuelle vollständige Medikation

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen ggf. belegt durch UAW-Meldung oder Meldung an BfArM

Ggf. Kontraindikation gegen bestimmte Arzneimittel

Als Anlage zum Antrag sind beigefügt:

☐ schriftliche Begründung des Antrages

☐ Diagnose- / ICD-Code-Liste

☐ aussagekräftige kardiologische bzw. angiologische Beurteilung

Die kardiologische bzw. angiologische ergänzende Untersuchung darf nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird.

☐ relevante Laborparameter und deren Verlauf **prä/post Behandlung über 12 Monate**
(möglichst auf beigefügtem Laborblatt anzugeben)

Vollständige Angaben sind zwingend erforderlich

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass eine schriftliche Einwilligung des Patienten zur Vorlage der bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung eines Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....	.....
Datum	Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Anlage